Rok XXXV. Kraków 8. Sierpnia 1896. Nr. 32.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

Treść:

L 1878.

KONKURS.

Stósownie do rozporządzenia Wys. Wydziału krajowego we Lwowie z dnia 17. Grudnia 1895. L 80.515. rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Lipicy dolnej, powiat rohatyński.

Okręg sanitarny obejmować będzie 14 gmin z ludnością 13.453 na obszarze 200 □ kilometrów. Siedzibą lekarza okręgowego będzie gmina Lipica dolna, a mianowy lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymania apteczki domowej.

Ubiegający się o powyższą posadę, mają się wykazać:

1) obywatelstwem austryackiem;

2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, upoważniającym do wykonywania praktyki;

3) przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim;

4) nieskazitelnym charakterem;

5) znajomością języków krajowych;

6) potrzebną zdatnością fizyczną.

Lekarz okręgowy pobierać będzie 500 złr. tytułem rocznej płacy i 300 złr. tytułem ryczałtu rocznego na objazdy.

Obowiazki lekarza okręgowego określa §. 14. rozporządzenia wykonawczego do ustawy z dnia 2. Lutego 1891 r. wydanego przez c. k Namiestnictwo w porozumieniu z Wys. Wydziałem krajowym (dz. ust. kraj. Nr. 82. XXII.

Nadmieniamy, iż Lipica dolna będzie stacyą w budowie będącej kolei Halicz-Tarnopol.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić do Wydziału powiatowego w Rohatynie po dzień 31. Sierpnia 1896 roku.

Rohatyn 10. Lipca 1896. 153—1—1

L. 2177.

KONKURS.

Na mocy ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 17. Wydział powiatowy w Jaśle rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Krempnie.

Stała płaca wynosi 600 złr. i ryczałt na koszta podróży 400 złr. — Lekarz w Krempnie obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową. Do okręgu sanitarnego w Krempnie należy 13 gmin z powiatu jasielskiego z ludnością 6017. — oraz 6 gmin z powiatu gorlickiego.

Kandydaci do podań winni dołączyć: 1) Dyplom ukończonych wszech nauk lekarskich; 2) Świadectwo lekarza powiatowego stwierdzające zdolność fizyczną; 3) Metrykę urodzenia, że nie przekroczyli 40 roku życia; 4) Świadectwo złożonego egzaminu fizykackiego, lub że kandydat już odbył dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim; 5) Znajomość języka niemieckiego jest potrzebna.

Podania wraz z dowodami wnosić należy do Wydziału powiatowego w Jaśle, termin upływa z dniem 31. Sierpnia 1896 roku.

Z Wydziału powiatowego.

Jasło dnia 21. Lipca 1806. 154—3—1

Rok XXXV. Kraków 8. Sierpnia 1896. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Artykuły oryginalne.

I. Jeszcze w sprawie zupełnego wykluczenia kiszki grubej.

Napisał

prof. Dr. A. Obaliński.

(Rzecz wyłożona na VIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1896 roku).

Jakkolwiek fizyologowie oddawna wykluczali pętle jelitowe w badaniach naukowych na zwierzętach, i metody ich, tak częściowego jak i całkowitego wykluczania jelit, ogólnie były znane, to mimo tego operacya ta nie znalazła między chirurgami naśladowców, aż dopiero w osobie Hackera, który pierwszy zastósował częściowe wykluczenie jelita u człowieka, pod postacią tak zwanej enteranostomozy. Przy tej sposobności wspominał ten autor o możebności całkowitego wykluczenia, jednak głos ten przebrzmiał jakoś bez echa, aż dopiero Salzer (1891 i 1892 r.) udowodnił doświadczalnie możliwość i doniosłość całkowitego wykluczenia, po czem innym przypadło w udziale wypróbować jego twierdzenia na człowieku, gdyż sam autor zmarłszy przedwcześnie, nie miał już do tego sposobności. I tak w ciągu 5 lat (1891—1895) wykonali tę operacyę Hochenegg, Obaliński, Frank, v. Eiselsberg (4 przypadki), Körte, Narath, v. Erlach, Bier (3 przyp.), Funke, Ulmann (2 przyp.) — razem 16 przypadków, w których, bądź to jeden koniec, bądź obydwa wszyto w ścianę brzuszną i pozostawiono otworem, lub też przynajmniej pozostawiono przetokę, prowadzącą do całkowicie wykluczonego jelita, wychodząc z zasady wypowiedzianej przez Salzera: „że zupełne zamknięcie wykluczonego jelita grozi niebezpieczeństwem“. W tych 16-tu przypadkach zauważano trzy razy tak znaczne wydzielanie się śluzu lub nawet cieczy podobnej do kału, że musiano przystąpić do wtórnego wydobycia wykluczonej pętli (Hochenegg, Obaliński, Körte). Tak niejasno stała w początkach sprawa wykluczania pętli jelitowych, iż nie wiele brakowało, ażeby tak ważny i, jak się później pokazało, pożyteczny rękoczyn chirurgiczny, został zupełnie zaniechanym, osobliwie po rozprawie Kleckiego ogłoszonej na V-tym wiecu polskich chirurgów, w której on przepowiada, że „operacya ta wielkiej przyszłości w chirurgii mieć nie może“. Ja sam byłem tego zdania, po moim pierwszym przypadku, w którym z powodu wydobywania się przez pozostawione przetoki znacznej ilości cieczy, do kału podobnej, musiałem przystąpić do wycięcia wykluczonej pętli.

Z drugiej strony zachęcały do tej operacyi rezultaty otrzymane przez innych operatorów jak Eiselsberga i Naratha, którzy bardzo tylko nieznaczne skonstatowali wydzielanie cieczy z pozostawionych przetok.

Staliśmy więc przed zagadką, która tem stawała się ciekawszą, że sam Salzer z doświadczeń swych na zwierzętach odniósł wrażenie, że wykluczenie jelita z zupełnem tegoż zamknięciem przy sprzyjających zewnętrznych warunkach życiowych zwierzęcia, bez wszelkich objawów chorobowych dobrze przebiegać może, z czego wnosi, że wydzielina z jelita przy jego wykluczeniu, nie jest tak ciągle trwałą, iżby należało się obawiać pęknięcia jelita wykluczonego.

Do podobnego rezultatu dochodzi w swej pracy i Klecki, skoro w jednem miejscu twierdzi, że ilość nagromadzającej się treści w wykluczonej pętli nie jest tak dużą, jakby z doświadczeń Hermanna i jego szkoły przypuszczać należało.

Gdy atoli ztąd największe zdawało się grozić niebezpieczeństwo, które Salzer teoretycznie a Hochenegg, Obaliński, Frank i Eiselsberg praktycznie starali się zażegnać, wykonując częściowe wykluczenie jelita z pozostawieniem przetok na zewnątrz, przeto usprawiedliwioną była próba, którą dokonał najprzód Bařacz [1]), a w kilka miesięcy ja sam [2]), zostawiając pętlę jelitową w obu końcach zaszytą w głębi jamy brzusznej.

Jakkolwiek w obu tych przypadkach wynik był zupełnie dobrym, mimo to przeważna liczba chirurgów piszących i pracujących w tym kierunku potępiła nasze postępowanie, opierając się przeważnie na pierwszem orzeczeniu Salzera, które opiewało, „że wykluczenie jelita, z zupełnem zamknięciem obu końców, wydaje mu się niebezpiecznem“.

W tym samym duchu oświadczyli się przeciw temu postępowaniu Reichel [3]), Hochenegg [4]), v. Eiselsberg [5]), Naraht [6]) i Wölfler [7]).

Polemika między mną i Reichlem wyjaśniła już po części ową zagadkę, które to wyjaśnienie w całości przyznaję Reichlowi, gdyż on zwrócił uwagę na różnicę między wydzielaniem błony śluzowej w jelicie cienkiem a grubem, dodając, iż wykluczenie z zupełnem zamknięciem jelita udać się może prawdopodobnie tylko w zakresie tego ostatniego.

I rzeczywiście wszystkie przypadki wykluczenia jelit, z pozostawieniem przetoki zewnętrznej, które odznaczały się bardzo małą wydzieliną, jakoteż obydwa przypadki zupełnego zamknięcia wykluczonej pętli, należały do zakresu ką-

[1]) Przegląd chirurg. Tom I. Zeszyt 4. i Centralblatt f. Chirurg. 1894. Nr. 27.
[2]) Medycyna 1894 Nr. 44. i Centralblatt f. Chir. 1894. Nr. 49.
[3]) Centralblatt f. Chir. 1895. Nr. 2.
[4]) Wiener klin. Wochenschrift 1896. Nr. 16. und folg.
[5]) Wiener klin. Wochenschrift 1896. Nr. 12. und 13.
[6]) Archiv für klin. Chir. 52. 2.
[7]) Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. für Chir. 1896.

tnicy, lub jej najbliższych okolic, t. j. dolnej części jelita biodrowego, lub okrężnicy wstępującej.

Oprócz Barącza i mnie postąpili podobnie jak my jeszcze dwaj chirurdzy, a mianowicie Wiesinger *(Münchener med. Wochenschsift* 1895. Nr. 51.) i J. Friele *(Bergen. Medicinsk Revue* 1895. December). I te dwa przypadki dotyczyły jelita grubego i zakończyły się pomyślnie.

Już sam fakt, że cztery razy wykonana ta operacya, zawsze zakończyła się pomyślnie, naprowadzić musi na myśl, że to chyba nie prosty przypadek, że musi tu zachodzić jakaś okoliczność, która nas upoważnia do systematycznego wykonywania tej operacyi w pewnych przypadkach i, że nad nią nie można przejść poprostu do porządku dziennego.

Narath (l. c.), który sprawę tę zupełnie spokojnie, sumiennie i czysto przedmiotowo zbadał, zadaje sobie pytanie, jaki sposób zaopatrzenia wykluczonej pętli jelitowej uważać należy według dotychczasowych doświadczeń za najodpowiedniejszy, i daje sobie następującą odpowiedź: „Zważywszy, że obecność przetoki na brzuchu pod każdym względem jest czemś przykrem, choćby ona była bardzo mała i bardzo mało wydzielała, to trzebaby *ceteris paribus* oddać pierwszeństwo zupełnemu zamknięciu wykluczonej pętli. Zachodzi zatem pytanie: Czy dozwolonem jest zupełnie zamkniętą pętlę wykluczać, czy nie? Pętla ta może być zdrową albo chorą, nad czem z osobna należy się zastanowić. Zdrową pętlę, i to jelita grubego, wykluczono dotąd raz jedyny (Obaliński). Przypadek ten przebiegał gładko, pacyentka wyzdrowiała. Gdy jednak o losie wykluczonej pętli nic nam nie jest wiadomem (wszak mogła się wyrobić komunikacya z głównym traktem jelitowym!), to przypadku Obalińskiego tak długo nie można zużytkować w mowie będącej kwestyi, dopóki nie będziemy mieli z niego dokładnego protokołu sekcyjnego“.

Na szczęście dla pacyentki, która po dwóch latach żyje i ma się wybornie, nie mogę, jak dotąd, służyć dla dobra nauki protokołem sekcyjnym; natomiast jestem w położeniu przedłożenia czegoś bardzo podobnego, gdyż opisem wnętrza jamy brzusznej, widzianego u tejże samej pacyentki, przy sposobności drugiej laparotomii, którą ona przebyła 11. Czerwca 1895., a więc blisko w 14 miesięcy po pierwszej operacyi, a to z powodu przepukliny brzusznej, wywołanej pierwszą operacyą. Po otwarciu jamy brzusznej skonstatowałem, że miejsce, gdzie leży wykluczona pętla kiszki wstępującej, jest zapadniętem i przez liczne zrosty w głąb brzucha wciągniętem; sama zaś pętla zamieniona jakby w cienki postronek, nie stoi w łączności z głównym przewodem pokarmowym. Od pierwotnego zamiaru wydobycia zupełnego wykluczonej pętli, celem poddania jej zbadaniu drobnowidowemu, musiałem dla bezpieczeństwa pacyentki odstąpić, gdyż operacya ta byłaby dla chorej za ciężką, a zupełnie bezcelową. Tak więc daję dowód, jakkolwiek nie tak wybitny, jak to bywa przy sekcyi, zawsze jednak nie do zbicia, że pętla kiszkowa, w zupełności wykluczona, po roku znalezioną została w stanie zapadniętym, i nie komunikująca z resztą przewodu pokarmowego.

Lecz o wiele lepszy dowód dostarcza przypadek, który podaje J. Friele z kliniki chirurgicznej w Bergen w Norwegii [8]): U 64 lat liczącego mężczyzny, okazującego objawy niedrożności jelit z powodu nowotworu przypuszczalnie w kątnicy usadowionego, wykonał F. dnia 26. Lipca 1895. laparotomię, przyczem znalazł guz twardy w kiszce grubej zstępującej *(flexura lienalis)* i założył sztuczną odbytnicę po stronie prawej w kiszce wstępującej (*colon ascendens*), a po uspokojeniu się przypadłości, wykonał w dniu 5. Sierpnia t. r. operacyę w sposób następujący: „Po stronie lewej, równolegle do linii białej, powiada, poprowadziłem cięcie 25 cm. długie, wydobyłem kiszkę zstępującą, przeciąłem poniżej guza i zaszyłem dokładnie górny, w ten sposób otrzymany otwór, szwem ciągnącym podwójnym. Następnie wydobyłem poprzecznicę, tak samo przeciąłem, i tym razem zaszyłem dolny otwór zupełnie, a natomiast pozostałe końce kiszki poprzecznej i esowatej ze sobą zespoiłem, zapuszczając zupełnie zaszytą pętlę kiszki zstępującej do jamy brzusznej, którą nie tamponując, zamknięto“.

20. Sierpnia zaszycie sztucznej odbytnicy, a gdy się to nieudało, 30 Sierpnia zamknięcie sztucznej odbytnicy przez wyrezekowanie kawałka kiszki wstępującej. 6. Września obfity stolec naturalny. 13. Września, a więc w 50 dni po pierwszej operacyi, a 40 po wykluczeniu pętli jelitowej, z zupełnem tejże zeszyciem, wypisano rekonwalescenta z zakładu, jako zdrowego.

W 4 dni później wracają znów objawy niedrożności, wśród których pacyent d. 20. Października 1895. umarł. Podczas sekcyi pokazała się górna część jelita cienkiego napiętą i nastrzykaną, dolna jej część i cała kiszka gruba zapadnięta. Między jelitami cienkiemi liczne zrosty, a jeden z nich sprawił zagięcie jelita cienkiego. Wykluczona pętla kiszki zstępującej, 42 ctm. długa, leżała w swojem miejscu zapadnięta ze szwem nienaruszonym. Guz nowotworowy siedział w samem zagięciu. Po rozwinięciu tej pętli, znaleziono w niej około 50 grm. treści podobnej do kału, błona śluzowa wszędzie gładka, z wyjątkiem miejsca odpowiadającego nowotworowi, gdzie była owrzodziałą.

Gdy zatem wykluczenie pętli jelitowej, z zupełnem jej zaszyciem, w czterech przypadkach użytem było z dobrym skutkiem; gdy w dwu z nich stwierdzono naocznie, że dobry ten wynik nie pochodzi od fikcyjnego jakiegoś połączenia się tej pętli z głównym przewodem pokarmowym, lecz że pętla pozostaje w stanie zupełnej bierności; gdy nadto okazało się, że pozostawienie przetoki, wydzielającej śluz na brzuchu, nie jest dla pacyentów rzeczą obojętną (przypadek Wiesingera); przeto twierdzę, że wykluczenie pętli kiszkowej w zakresie prawidłowej kiszki grubej, z zupełnem jej zaszyciem, jest postępowaniem usprawiedliwionem i polecenia godnem, a to tem bardziej, jeżeli się uwzględni, że nic łatwiejszego, jak zabezpieczyć się przeciw możliwym niepowodzeniom, wszywając górny koniec [9]) wykluczonej pętli w kąt rany laparotomijnej. Zabezpieczając się w ten sposób, odważyłbym się nawet zdrową pętlę jelita cienkiego wyjątkowo wykluczyć, miałbym bowiem każdej chwili przystęp do niej zapewnionym. Przy tej sposobności przypominam, że w moim przypadku nie postąpiłem lekkomyślnie,

[8]) Medicinsk Revue 1895. December: „Om eliminatio intestini (totale Darmausschaltung) i Obalinskis forstand“.

[9]) Podobną propozycyę podał już Dr. Barącz w odpowiedzi, danej Hoheneggowi: „*Zur Frage der Berechtigung der totalen Darmanschaltung etc.*“ Wien. klin. Woch. 1895. Nr. 28; tylko że ja wszycie w ranę laparotomijną końca wykluczonej pętli uważam za stósowniejsze, niż przedniej jej ściany.

zaszywając brzuch wraz z wykluczoną i zupełnie zaszytą pętlą jelitową, lecz włożyłem tampon z gazy sterylizowanej, który przez 8 dni w ranie pozostawiłem na przypadek, gdyby potrzeba było dostać się do wykluczonego jelita i przetokę z niego założyć.

Jeżeli wykluczyć się mająca pętla kiszkowa, dotkniętą jest jakąkolwiekbądź sprawą chorobową (rak, gruźlica, promienica, owrzodzenia i t. p.), natenczas zgadzam się na propozycyą Naratha, aby dalszy koniec wykluczonej pętli pozostawić otworem i wszyć go w kąt rany laparotomijnej, a zaszyć tę przetokę dopiero wtenczas, gdyśmy z obserwacyi nabrali przekonania, że wydzielina z niej jest skąpą tak, jak to uczynił Wiesinger.

Sądzę, że po tych wyjaśnieniach, będą Szanowni Koledzy fachowi trochę oględniejsi i mniej surowi w swych sądach.

II. Kilka uwag o surowicy krowiankowej *(serum vaccinicum)* i jej wartości pod względem leczniczym.

Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego we Lwowie w dniu 8. Listopada 1895., tudzież na IV. Zjeździe lekarzy powiatowych, odbytym we Lwowie w dniu 22. Lutego 1896.

przez

Dra Ferd. Obtułowicza,

c. k. lekarza powiatowego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16 z 18. Kwietnia b. r.) *).

Jako drugi punkt programu, jaki wytknął sobie prof. Hlava w swych doświadczeniach, było zbadanie, o ile surowica krowiankowa jest dzielnym środkiem przeciwospowym i, czy wstrzyknięta podskórnie, w odpowiedniej ilości, zdoła skutecznie przeciwdziałać, po następowem zaszczepieniu wytworzeniu się krost szczepionej krowianki, jakoteż czy zdoła w danym razie przerwać, lub przynajmniej złagodzić działanie jadu ospowego, podczas panowania ospy rodzimej.

Doświadczenia prof. Hlavy podjęte w tym celu podzielić należy na 3 kategorye:

1) Najpierw szczepił on cielęta i pozwalał z nich zbierać limfę (krowiankę), następnie zaś rewakcynował cielęta, aby się przekonać, czy są jeszcze przystępne dla zarazka krowiankowego, a po sprawdzeniu zupełnej odporności wobec tego zarazka (Immunität), wypuszczał krew tętniczą z tętnicy dogłowowej (*Arteria carotis*), i oddzielał z krwi tej czystą surowicę. Tym sposobem uzyskaną surowicę wstrzykiwał innym cielętom i znów je szczepił krowianką. Doświadczenia te wykazały, że szczepienia dokonywane na cielętach tym sposobem zabezpieczonych, nie przyjmowały się całkowicie, lecz że tu i ówdzie wykwitłe krosty, były drobne, jakby zanikłe. Ponieważ cielęta znosiły wstrzykiwania surowicy krowiankowej stosunkowo bardzo dobrze, przeto prof. Hlava odważył się i na wstrzykiwania surowicy, w ten sposób przygotowanej, małym dzieciom, w ilości 0·50—1·00—1·5 i do 2 ctm. sześciennych, czyli gramów, na 1 kilogram wagi dziecka. Z 13 dzieci, którym surowicę krowiankową zastrzyknięto, a następnie je silną krowianką zaszczepiono, u 6 pojawiły się krosty krowiankowe. W tych przypadkach zatem i w tym szeregu doświadczeń surowica krowiankowa nie odniosła należytego i oczekiwanego skutku.

2) Wskutek doznanego zawodu przygotował prof. Hlava surowicę drugiej kategoryi, a w celu uzyskania jej postąpił w sposób następujący: Cielę zdrowe zaszczepił na wygolonej skórze brzucha wyborną limfą, a po przyjęciu się krowianki i wykwitnięciu na wszystkich prawie miejscach krost krowiankowych, nie zbierał już limfy, lecz krostom pozwolił zaschnąć, a następnie po dwakroć rewakcynował to cielę aby się dokładnie przekonać o należytej odporności cielęcia w obec limfy krowiankowej. Z cielęcia tak uodpornionego wypuszczał z tętnicy dogłowowej odpowiednią ilość krwi, a po 30 godzinach oddzielał od krwi czystą surowicę i, tak przygotowanej surowicy, używał dopiero do doświadczeń, przekonawszy się oczywiście po zabiciu cielęcia o wybornym stanie jego zdrowia. Cielęta inne, po zastrzyknięciu im odpowiedniej ilości surowicy, okazały się nieprzystępnemi dla przyrzutu zarazka krowiankowego, czyli że u cieląt wynik doświadczeń był znakomitym i ziścił nadzieje autora. Jednakowoż u dzieci, mimo wstrzyknięcia surowicy, krowianka znów się przyjmowała, a zatem wynik był zawodnym, a surowica nie zabezpieczała dzieci od skutecznego działania krowianki.

3) Wobec tych doświadczeń, które przekonywały w sposób dobitny, że czynne pierwiastki krowianki w małej tylko liczbie znachodziły się w surowicy krwi, zmuszonym był prof. Hlava przysposobić trzecią odmianę surowicy, którą zmięszał z innymi składnikami krwi, t. j. z ciałkami czerwonemi, przypuszczając, że może skuteczny czynnik krowiankowy w znaczniejszej ilości znachodzi się właśnie w ciałkach czerwonych krwi. Dopiero tak przysposobiona surowica krwi, a w dodatku zmięszana z cytrynianem lub szczawianem sodowym, w ilości 2 : 100, okazała się skuteczną, a zastrzyknięta dzieciom zabezpieczała od przyjęcia zarazka krowiankowego.

O ile surowica trzeciej kategoryi okaże się skuteczną w przypadkach ospy rodzimej, nie może obecnie jeszcze prof. Hlava stanowczo orzec, gdyż doświadczeń w tym kierunku dotąd nie poczynił; w każdym razie jednak doświadczenia jego mają wielką doniosłość, gdyż wspólnie z doświadczeniami powyżej wyszczególnionemi posuwają naprzód naukę o siedzibie w ustroju skutecznego pierwiarstka ochronnego krowianki.

Zainteresowany tą sprawą udałem się listownie do prof. Hlavy i prosiłem go o przysłanie mi kilku flaszeczek najlepszej surowicy, gdyż postanowiłem wypróbować jej skuteczność na dzieciach w szpitalach lwowskich, a ewentualnie chciałem również użyć jej do doświadczeń w razie pojawienia się ospy rodzimej.

Prof. Hlava okazał się tak uprzejmym, że nadesłał mi w d. 18. Października r. 1895 obszerny list, a jednocześnie dostateczny zapas surowicy, który według jego wskazówek trzymałem w piwnicy na lodzie.

Uzyskawszy następnie zezwolenie ze strony W-go p. kol. Dr. Merczyńskiego, dyrektora szpitala św. Zofii we Lwowie, oraz zapewniwszy sobie łaskawą pomoc w osobie sekundaryusza tegoż szpitala WP. kol. Dr. Czarnika, za co tym łaskawym pp. Kolegom na tem miejscu serdeczne składam dzięki, przystąpiłem do przeprowadzenia potrzebnych doświadczeń kontrolujących skuteczność nadesłanej surowicy.

[1]) Dłuższa przerwa od czasu ogłoszenia początku tej pracy nastąpiła nie z przyczyny Redakcyi *Przeglądu lek.*

Otóż d. 30. Października 1895 r. wybrałem troje dzieci nieszczepionych w szpitalu św. Zofii i zaszczepiłem je wyborną krowianką prof. Kretowicza, i zaraz 2 dzieciom zastrzyknąłem 3—4 cent. sześciennych (gramów) surowicy czystej prof. Hlavy.

A mianowicie: 1) 7-miesięczna H. R., słabo rozwinięta i źle odżywiona została tylko na ramieniu lewem w 2 miejscach zaszczepioną. Surowicy jest nie zastrzyknięto.

2) M. N. liczącej lat 2, zastrzyknięto 3 grm. surowicy i zaraz potem zaszczepiono ją na ramieniu lewem w 2 miejscach. Dziecko to również niezbyt dobrze rozwinięte i miernie zaledwo odżywione.

3) 4-letniemu K. H. zastrzyknąłem 4 ctm. sześcienne surowicy pod skórę w linii pachowej środkowej na klatce piersiowej i, zaraz potem zaszczepiłem go na ramieniu lewem w 2 miejscach. Chłopczyk dosyć dobrze odżywiony.

Bolesność przy wstrzykiwaniach była znaczną, dzieci nie spały całą noc, pomimo, że w stosunku do ich wieku i rozwoju małą tylko ilość surowicy im wstrzyknięto.

Zresztą jednak dzieci te zniosły wstrzyknięcia bardzo dobrze, albowiem nie dostrzegliśmy ani gorączki, ani też żadnych innych niekorzystnych objawów ze strony całego ustroju. Atoli wynik wstrzykiwań surowicy powyższej zawiódł zupełnie nasze oczekiwania, albowiem tak u dziecka nie zastrzykniętego, jak i u dzieci zabezpieczonych przez zastrzyknięcie im surowicy, krosty krowiankowe tak samo rozwijały się, wykwitły w tymże samym czasie, t. j. w 4-tym dniu po zaszczepieniu, następnie w 8-mym dniu krosty doszły do pełnego rozwoju i okazywały nawet silny odczyn zapalny, a w następnych dniach zasychały zwolna, i po 3 tygodniach, po złuszczeniu się strupków czarniawych, widać było dość głębokie, wybitne znamiona po szczepieniu na ramionach lewych u wszystkich 3 dzieci.

Wynik zatem wstrzyknięcia surowicy był zupełnie ujemny. (Dokończenie nastąpi).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek *synkope localis* w skutek przestrachu.

Podał

Dr. Maryan Jasilkowski.

R. S., kobieta lat 25 licząca, wyznania mojżeszowego, straciła czucie i władzę w 3, 4 i 5 palcu prawej ręki, oraz w 1, 2 i 3 palcu lewej nogi w skutek przestrachu, jakiemu uległa od uderzenia piorunu w dom, w którym się właśnie znajdywała. Wezwany stwierdziłem: kobieta wzrostu średniego, miernie odżywiona, o nerwowem wejrzeniu, wyżej wymienione palce trupio blade, zimne, czucie w nich zniesione do takiego stopnia, że nie czuje bólu przy przekłówaniu ich szpilką. Po uspokojeniu chorej, zaleciłem wymoczenie nóg i rąk w gorącej wodzie, połączone z nacieraniem, oraz lokalną kąpiel z dodaniem gorczycy. Po przejściu 6 godzin, pod wpływem tego leczenia, zaburzenia te ustąpiły, a czucie i prawidłowe zabarwienie skóry powróciły. Z wejrzenia palce dotknięte przez ową miejscową „*synkope*“ podobne były do palców odmrożonych. Ponieważ tak samo zjawisko owej miejscowej „*synkope*“, jak i fakt skrzyżowanego jej wystąpienia, na prawej ręce i lewej nodze, zdaniem mojem, mogą wzbudzić pewne zajęcie, uważałem za stósowne podać opis tego bądź co bądź osobliwszego przypadku do wiadomości ogólnej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Odpowiedź Dr. Kazimierzowi Szymkiewiczowi na umieszczoną w Nrze 28. *Przeglądu lek.* ocenę moich dwóch prac p. t.: „Zastósowanie formaldehidu w dentystyce“ [1].

Mając wykład dnia 19. Lutego 1896. w Towarzystwie lekarskiem o zastósowaniu formaldehidu w dentystyce, uczyniłem to głównie dla tego, aby dać sposobność przy wykładzie i demonstracyi chorych do dyskusyi, która według mnie jest jedynym, a może najlepszym środkiem do wyświetlenia i wyjaśnienia sprzecznych punktów.

Na posiedzeniu tem nie zjawił się żaden z kolegów poświęcających się dentystyce. Nie było i kol. Dra Kazimierza Szymkiewicza, mimo, że podniósł tyle zarzutów przeciw mojemu artykułowi w Nr. 1, 2 i 3 *Przeglądu lek.* z r. b. Po pięciu miesiącach znajduję artykuł Dr. Kazim. Szymkiewicza, ktory w dziale ocen i sprawozdań, w Nr. 28. *Przeglądu lek.* się ukazał. Na wstępie muszę odmówić koledze Szymkiewiczowi przyjemności, jaką sobie robi, ciesząc się, że wykorzystałem jego poprzednie uwagi: jeżeli zaprowadziłem jakie zmiany w stósowaniu formaldehidu, to li tylko na podstawie doświadczenia i licznej statystyki, nie zaś na podstawie uwag bez poparcia ich statystyką i doświadczeniem. Zbijanie pojedynczych zarzutów byłoby przelewaniem wody przez przetak, więc krótko powiem, polecając Drowi Szymkiewiczowi „*Lehrbuch der Conservirenden Zahnheilkunde*“ von W. D. Miller, Leipzig 1896., gdzie znajdzie, co jest platynowa plomba (*Platingoldplombe*) strona 26 tego dzieła, dowie się, że świderek Moreya mając rynienkowatą budowę, może przepuścić pary formaldehidu; przeczyta sobie, jak Miller (str. 327) przykrywa listkiem złota pastylkę z sublimatu i tymolu i cementem plombuje, słowem, znajdzie tam wszystko, czem sobie wytłómaczy, dla czego nie chcąc nudzić czytelników *Przeglądu lek.*, na zarzuty jego nie odpowiadam.

Czy sole amonowe w gnijącym miąższu się znajdują, nie wykrył mi tego odczynnik Nesslera. Czy heksametylamin tam się znajdować będzie, kiedy amoniaku nie ma, nie wiem, ale proszę o zbadanie chemiczne trujących jego własności, a po skutkach gó poznamy. Z doświadczeń moich na psach przekonałem się, że były one tylko powtórzeniem tego, co widziałem u ludzi. A jeżeli kol. Szymkiewicz inaczej przypuszcza, proszę o poparcie swego twierdzenia doświadczeniem, a nie piórem. Na zakończenie dodam, że nowa moja metoda zastósowania formaldehidu w dentystyce, jest o tyle nową, że to do czego się dochodzi przez użycie innych środków w ciągu 2 tygodni, ja załatwiam na jednem posiedzeniu.

Sądząc, że w ten sposób zakończę szereg artykułów o formaldehidzie w dentystyce, sporadycznie w *Przeglądzie lek.* się pojawiających, nadmieniam w końcu, że nie mam najmniejszego obowiązku dosłownie tłómaczyć artykułów moich z polskiego na niemieckie, z tej więc prostej przyczyny nie odpisuję na zarzuty, podniesione w tym kierunku.

Zakopane 15. Lipca. *Dr. W. Łepkowski.*

V. Wyciągi.

Afanassieff: **Znaczenie tkanki ziarninowej przy zakażeniu drobnoustrojami chorobotwórczymi.** (*Centralblatt f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1896. Nr. 11, 12). Zarówno z naukowych, jak i z praktycznych względów ciekawą było rzeczą zbadać, czy tkanka ziarninowa, jako taka, chroni ustrój od ogólnego zakażenia, na czem polega to jej ochron-

[1]) Uznając, że sprawa stósowania formaldehidu w dentystyce została wyczerpaną, zamykamy dalszą polemikę na ten temat. *Red.*

ne znaczenie i, czy ono opiera się na działaniu komórek, czy też płynu, w tkance tej się znajdujących. Na obfitym materyale (przeszło 120 zwierząt) przekonał się A. przez odpowiednio uplanowane i wykonane doświadczenia, że tkanka ziarninowa jest istotnie wałem ochronnym, którego chorobotwórcze drobnoustroje przekroczyć nie są w stanie. Bakterye, zaszczepione na taką tkankę tracą zwolna jadowitość, a wreszcie giną w skutek działania przedewszystkiem soku tkaniny, w mniejszej zaś mierze w skutek fagocytozy, występującej zresztą o wiele później, niż tamto. Przez zaszczepienie jadowitych hodowli na tkankę ziarninową udaje się zwierzęta przeciw późniejszemu zakażeniu uczynić odpornemi.

Ciech.

Fermi i Casciani: **Nauka o samozatruciu** (*autointoxicatio*). (*Ctblt. f. Bact* T. 19. Nr. 22, 23 1896). Autorowie, roztrząsając na podstawie własnych doświadczeń i danych z literatury pytanie, jakie znaczenie przypisać należy samozatruciu w powstawaniu całego obrazu chorobowego, związanego z nawykowem zaparciem stolca, dochodzą do wniosku, że rozwija się on wskutek przyczyn rozmaitych. Ani teorya mechaniczna Glénarda (*gastro-enteroptosis*), ani przypuszczenie wpływów nerwowych Bouceretа, ani wreszcie Bouchardowska teorya samozatrucia nie wystarczają, każda dla siebie, do wytłómaczenia wszystkich objawów klinicznych, przy „*obstipatio habitualis*" dostrzeganych; zdaniem F. i C. może je wytłómaczyć dopiero: 1) samozatrucie wskutek wessania istot trujących, wytwarzających się w przewodzie pokarmowym, 2) samozatrucie wskutek tego, że prawidłowe lub patologiczne produkta przemiany materyi, dla organizmu szkodliwe, przez jelita się nie wydzielają i pozostają w ustroju, 3) a głównie wpływy odruchowe, których punktem wyjścia są podrażnienia chemiczne, lub mechaniczne, lub upośledzenie czynności jelit. (Szczegóły ob. w orginale).

Ciech.

R. Olshausen: **O zasadach wyłuszczania macicy rakowatej przez pochwę.** Wykład miany na 25. zjeździe chirurgów niem. dnia 29. Maja 1896. (*Berl. klin. Wochenschrift* z 8 Czerwca 1896. Nr. 23). Po przejrzeniu dat, odnoszących się do historycznego rozwoju tej operacyi, przystępuje autor do oceny wskazań, metod badania, przygotowania chorej do operacyi, techniki operacyjnej, — a opiera swój sąd na statystyce 239 operacyj tego rodzaju. Wskazania do tej operacyi dają przypadki, w których nie ma przerzutów w narządzie chłonnym okolicy sąsiedniej i w których naciek rakowy nie przekroczył granic macicy i pochwy, w przeciwnym razie skuteczność zabiegu jest złudną. To, że części pochwowej nie można ściągnąć aż przed srom, nie stanowi jeszcze przeciwskazania, gdyż tu przyczyną może być tęgość tkanin, zwłaszcza u kobiet, które nie rodziły. Decyduje palpacya i to tak przez pochwę, jak i odbytnicę. Więzadła odbyto maciczne i tylnia powierzchnia więzadeł szerokich są łatwe do obmacania, — nawet drobne guziczki nie ujdą uwagi badającego, a czasem dosięgnąć można aż miejsca rozdziału tętnicy biodrowej wspólnej. Nacieki zapalne należące do powikłań są więcej rozlane, nie występują pod postacią guzów i guzików, ale też ukrywać mogą w sobie ogniska rakowe, których wykazanie stać się może niemożliwem. Naciek rakowy, przechodzący z szyjki na otoczenie, odróżnić należy od znacznego jej zgrubienia, w obu razach ruchomość szyjki jest upośledzoną, lub zniesioną, ale w tym drugim przypadku twór badany ma powierzchnię gładką. Tu autor podnosi, że staranniejsze pouczanie kobiet i troskliwość lekarzy domowych spowodowały, że w Berlinie obecnie wcześnie zgłaszają się pacyentki, i około 40% przypadków nadaje się do doszczętnego wyleczenia. Co do czynności przedoperacyjnych, doszedł autor do przekonania, że dawny sposób, polegający na wyskrobaniu mas miękkich i przyżeganiu nastojem jodowym, lub termokauterem, na kilka dni przed operacyą, jest wadliwy, bo spowodować może zapalenie przymaciczne lub posocznicę. Obecnie zabiegi te wykonuje tuż przed samą operacyą, potem oryentuje się jeszcze raz, co do rozległości nacieku i przerzutów i, albo przystępuje do wyłuszczenia, albo odstępuje od niego. Odstąpić od zabiegu można każdej chwili, nawet po założeniu podwiązek, gdyż chorej tem nie zaszkodzimy, a czasem nawet spostrzedz możemy w dalszym przebiegu pewien zastój w rozwoju nowotworu i złagodnienie objawów podmiotowych. Technika operacyjna polega na okrojeniu nacieku, a względnie części pochwowej, oddzieleniu jej na tępo od pęcherza, przyczem ścianę pęcherza poznamy po tem, że po podniesieniu obniżonej macicy tworzy fałd. W razie pewnych trudności przy tem oddzielaniu, możemy próbować oddzielania od boków. Pęcherz powinien być oddzielony, aż do fałdu otrzewny, gdyż w przeciwnym razie zachwycićby można było moczowody podwiązkami. Następnie otwiera się jamę Douglasa i zakłada podwiązki krzywą igłą Dechampsa, od tyłu ku przodowi, od najniższych ku górze, 6—8 po każdej stronie, zaczynając od strony naciekiem mniej zajętej, i zakładając je na przemian na obie strony. Gdyby się okazało, że jakaś podwiązka nie leży poza naciekiem, można poza nią założyć drugą, co jest zaletą wobec trwałego pozostawiania kleszczyków. Sprawdziwszy, że podwiązki dolne trzymają się i krwiotoku nie ma, zaszywa się jednym ciągłym, kuśnierskim katgutowym szwem otwór otrzewny i sklepień, zachwytując równocześnie i brzeg więzadeł. Więzadła radzi oddzielać, o ile się da, najbliżej macicy, by kikut więzadeł był dość długim i łatwo się dał ściągnąć do pochwy. Tylko w raku ciała macicy radzi zabrać zawsze i jajniki, bo i te bywają tu często zajęte. Nareszcie obcina nitki podwiązek, kikuty posypuje jodoformem, a do pochwy zakłada lekko tamponik z gazy, który się wyjmuje po 2 dniach. Zresztą, w następowem leczeniu, radzi wstrzymać się od wszelkich zabiegów i dopiero, po 3 tygodniach, zbadać krótkim wziernikiem. Metodzie zostawiania na trwałe kleszczyków zarzuca niemożność zamknięcia jamy otrzewnowej, co ułatwia następowe zakażenie. Metody: krzyżowa (*sacralis*) i przykrzyżowa (*parasacralis*) nadają się tylko dla tych operatorów, którzy chcą operować przy zajęciu sąsiedztwa i przerzutach. Tu śmiertelność wynosi około 50%, podczas gdy przy metodzie wyłuszczania przez pochwę stracił O. na ostatnich 100 operowanych tylko jedną i to na posocznicę, która zaczęła się już na tydzień przed zabiegiem. *Dr. Dobrucki.*

Dr. A. Blaschko: **Trąd w obwodzie kłajpedzkim (Memel).** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. i 21. 1896). W odczycie mianym na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie B. przedstawił wyniki swoich badań i dochodzeń podczas wycieczki do Kłajpedy, którą przedsięwziął celem zbadania sposobu szerzenia się tam trądu. Twierdzi on, że choroba ta jest zakaźna i zaraźliwą; czas wylęgania bywa niejednako długi (i 8 lat trwający); zarazek prawdopodobnie dostaje się przez skórę. Obraz choroby rozmaity; najwięcej zaraźliwemi są otwarte wrzody. Do okręgu Kłajpedy dostała się choroba z Kurlandyi i Litwy, a mianowicie z pogranicznej gubernii Kowieńskiej. Wskazując na szybki wzrost tej choroby w Rosyi, przestrzega B. przed zaniedbaniem sprawy. Żąda by rząd wysłał specyalistę, któryby dokładnie zbadał wszystkich mieszkańców, w miejscach podejrzanych, szczególnie zaś te rodziny, które mają w swojem łonie trędowatych. Chorych radzi odesłać do osady przez rząd na ten cel wyłącznie urządzonej; podejrzani zaś powinni zostać pod kontrolą lekarza. Trędowaci, którzy zdolni są do pracy, mogą uprawiać rolę i zajmować się gospodarstwem na swojej osadzie, którą opuszczać mogą tylko na pewien czas, za zezwoleniem lekarza i to tylko wtedy, kiedy nie mają wrzodów otwartych, lub też jeżeli opatrunek dobrze założony, chroni od możności udzielenia się zarazka. Wydzieliny i opatrunki zanieczyszczone należy zniszczyć. Granicę trzeba strzedz pilnie, a obcych poddawać obserwacyi lekarskiej. *Dr. Hirsch.*

Prof. Dr. Grunmach: **O zastosowaniu promieni Röntgena do rozpoznawania chorób wewnętrznych.** (*Berl.*

klin. Wochenschrift Nr. 25. 1896). G. przez 5 tygodni prowadził badania za pomocą promieni Röntgena, wspólnie z Dr. du Bois-Reymondem i Dr. Lewy (*Inginier d. Algém. Elektr. Gesellschaft*) na zdrowych i chorych, przy użyciu ulepszonych przyrządów. Wyniki tych badań są następujące: Przy bocznem prześwietlaniu szyi spostrzedz można obrazy ciemne przełyku, kości gnykowej i krtani, tak w spokoju jak i przy ruchach. Przy oświetleniu klatki piersiowej od tyłu ku przodowi widać ciemny pas pionowy, pochodzący od kręgosłupa, oraz węższe poprzeczne pasy, odpowiadające żebrom. Od dołu odgranicza się klatka piersiowa ciemnym pasem, po lewej stronie jaśniejszym i węższym (przepona) po prawej szerokim i ciemniejszym (przepona i wątroba), co jeszcze wyraźniej występuje, gdy się klatkę piersiową od przodu prześwietla. Pas ten ciemny wykazuje ekskursye 5—6 cm. wynoszące. Na obrazie tym widać wyraźnie, że się przepona pod ostrym kątem do klatki piersiowej przyczepia. Ponad przeponą widać cień od serca pochodzący, który w środku jest ciemniejszy na obwodzie jaśniejszy. Na cieniu tym obserwować można i ruchy serca, oraz poruszający się cień aorty wstępującej. Poniżej odróżnić można dokładnie cień przepony od dna żołądka. Badania co do innych narządów brzusznych są w toku. Dla ocenienia wartości rozpoznawczej tego sposobu badania, badano tą drogą mężczyznę 56 lat liczącego, z przypadami sercowymi, dostrzeżono u niego drobne cienie na tętnicy sprychowej, odpowiadające zgrubieniom sklerotycznym, obniżenie przepony, która tylko w zakresie $^1/_2$ cm. wykonywała ruchy, cień serca nie był większy, lecz ciemniejszy, niż w prawidłowym stanie, w okolicy tętnic wieńcowych drobne cienie (zwapnienie). Od serca ku górze widać było szerszy niż zwykle, ciemny cień ruchomy (aorty). W drugim przypadku u chorego l. 26 liczącego, który przed $1^1/_2$ rokiem miał krwotok płucny, wykazano w prawem płucu 3—4 ciemnych miejsc odpowiadających zwapniałym ogniskom; badaniem fizykalnem wykazać ich nie można było. Sposób więc ten, nie tylko jest w stanie stwierdzić wyniki badań, którémi się dzisiaj posługujemy, ale wykazać zmiany, które się dotychczasowymi sposobami wykazać nie dają. *Roż.*

Dr. Alfred Günzburg (Frankfurt n. M.): **Przyczynek do leczenia opadnięcia żywota** (*Enteroptosis*). (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 27. 1896). G. jest tego zdania, że zwiotczeniu ścian brzusznych, przy których występuje obwisanie żywota, nie towarzyszy zwykle zwiotczenie jelit, lecz przeciwnie ich skurcz, i to powoduje zaparcie stolca. Popiera to twierdzenie brakiem bębnicy, którąby musiała towarzyszyć zwiotczeniu jelit. Aby temu zapobiedz, radzi autor podawać takim chorym małe dawki świeżych drożdży 3 razy dziennie, w ilości ziarnka grochu. Chorzy ci znoszą bardzo dobrze powstającą lekką bębnicę; gdy zaś jest zbyt wielka, należy zmniejszyć ilość drożdży. Lekka bębnica jest pożądaną, gdyż wydęte jelita nie tak łatwo opadają. Chorzy przy tem powinni być jak najlepiej żywieni, by przez utycie zapobiedz opadaniu trzewiów brzusznych. Gdy to nastąpi, leczenie należy przerwać i powtarzać ile razy się przypady wznowią. W przypadkach towarzyszącej roztrzeni żołądka, leczenie to jest przeciwwskazane. *Roż.*

Prof. Dr. O. Vierordt: **O wartości klinicznej tanalbinu.** (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 25. 1896). Wynaleziony przez Gottlieba tanalbin jest połączeniem taniny z białkiem, zawierającem 50% taniny, i posiadającem tę właściwość, że się w soku żołądkowym trudno rozpuszcza. Dopiero w jelitach przy oddziaływaniu alkalicznem i działaniu soku trzustkowego rozpuszcza się powoli, poczem tanina się wydziela i wchodzi w związki z alkaliami, w jelicie się znajdującemi. Jestto proszek brunatny, bez smaku, nie wywołujący w ustach uczucia ściągającego, nie działający w jakikolwiek sposób ujemny na żołądek i łaknienie, nawet w ilości 10 grm. dziennie, i przez dłuższy czas użyty. Co do własności jego leczniczych, to stósowany w biegunkach działa bardzo energicznie i szybko, niemniej w przypadkach przewłocznych, a nawet i gruźliczych. W ostrych, podostrych i przewłocznych niegruźliczych biegunkach, w dalszym ciągu leczenia, w miarę zmniejszania dawki, a w końcu i po odstawieniu leku, stolce pozostały w większości przypadków prawidłowe. W przypadkach gruźliczych stósowano tanalbin z korzyścią przez dłuższy czas w małych dawkach, zwiększając je od czasu do czasu, w miarę powiększenia się biegunki. Bardzo korzystny wynik otrzymał V., stosując lek ten w przypadku znacznej biegunki durowej. W przypadkach rozwolnienia wywołanego tranem lub kreozotem działa tanalbin tak korzystnie, że w połączeniu z nim mogą chorzy znosić bez szkody powyżej wymienione leki przez długi czas. Co do dawki, to jestto lek tak obojętny zresztą dla ustroju, że 6—10 grm. dziennie, stósowane nawet przez kilka miesięcy, żadnych ubocznych przypadków nie wywołuje.

V. zaczyna od 0·50—1·00 4 razy dziennie po jedzeniu, a gdy to nie skutkuje, 6—10 grm. na dzień; u dzieci wyżej roku 0·50 na dawkę 2—3 razy dziennie.

W dalszym ciągu zaczął V. podawać lek ten u chorych na nerki i na pęcherz; wyniki badań w tym kierunku jeszcze nie ukończone, to tylko dotąd korzystnie przemawia za tanalbinem, że u zdrowych na jelita nie działa wstrzymująco. *Roż.*

Dr. J. Gaule: **Wykazanie wchłonionego przetworu żelaza w limfie.** (*Deut. med. Wochsft* Nr. 24. 1896). Autor opisuje szereg doświadczeń na królikach, którym wprowadzał, po poprzednim uśpieniu i odszukaniu przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*) na szyi, za pomocą sondy, roztwór 0·06% Fe_2Cl_6. Limfa była braną, jużto wprost do rurek probierczych, jeśli te można było wprowadzić do przewodu piersiowego, jużto za pomocą pipetki. Próby były następnie strącane za pomocą siarczku amonowego. We wszystkich doświadczeniach przy pomocy tej próby chemicznej, otrzymał autor stronty siarczku żelaza w pół godziny do 40 minut po wprowadzeniu Fe_2Cl_6. Następnie zastanawia się autor, czy we krwi znajdujące się żelazo, po spożyciu większych jego ilości, przychodzi w tej samej formie jak w przewodzie piersiowym, bo gdyby tak było, to krew brana z prawej komórki, powinna by dawać ten sam odczyn, a tego jednak nie daje z N_4SH, a daje tylko redukcyą *Oxyhaemoglobiny*, już dawno znaną. Przypuszcza więc autor zbiornik na to żelazo, wprost z limfy wchodzące do krwi, a tym zbiornikiem ma być śledziona. Jako dowód na to przytacza barwienie się kawałków śledziony z siarczkiem amonu na czarno. *Dr. Siedlecki.*

Dr. Thomson: **Leczenie chorób kobiecych przyrządem napotnym, podanym przez Dehio***). (*St. Petersburger med. Wochenschrift* Nr. 23. 8. (20). Czerwca 1896). Zachęcony wynikami leczniczymi, jakie otrzymywał Dehio, stosując kąpiele parowe w łóżku chorych na gościec i zapalenie nerek, używał Thomson tego sposobu leczenia w cierpieniach ginekologicznych, tak przewlekłych jak i podostrych, dalej w wysiękach około i omacicznych, zapaleniu miąższu i błony śluzowej macicy, zapaleniu trąbek, jajników i otrzewny miednicy (*Pelveoperitonitis*).

Przekonał się on, że leczenie parą w tych razach daje lepsze wyniki niżeli kąpiele ciepłe, pełne i nasiadowe, powodując przekrwienie skóry, a tem samem odciąganie krwi z narządów wewnętrznych miednicy.

Już po kilku procedurach czują chore podmiotową ulgę, a przedmiotowo stwierdzał T. szybsze niż dotąd ustępowanie wypocin, zmniejszanie upławów i t. p. Ciepłota powietrza ogrzanego w łóżku dochodziła 50° C., a ciepłota ciała wówczas mierzona w pasze, pochwie i kiszce stolcowej, nie przechodziła 38°. Procedury te stósował codziennie, lub co drugi dzień, w ciągu godziny i dłużej, w miarę sił chorych; poty występowały zawsze mniej lub więcej obficie, a chore znosiły zabieg ten dobrze, niektóre tylko żaliły się na bicie serca.

*) Petersburg. med. Wochenschrift Nr. 44. 1895.

Podczas leczenia autor żywi pacyentki możebnie dobrze, a za przeciwwskazanie do użycia tej metody uważa (jak ogólnie wiadomo), choroby serca i układu naczyniowego. Nakoniec zaleca ten sposób leczenia, jako tani i wygodny, w praktyce szpitalnej i prywatnej. *Dr. M. Soł.*

Vinci Gaetano: **O „eukainie", nowym, miejscowo znieczulającym środku.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27). W bardzo dokładnym wywodzie chemicznym wykazuje autor, w jaki sposób otrzymano eukainę, a wzór chemiczny eukainy, obrazowo przedstawiony, wykazuje bardzo wielkie podobieństwo do wzoru kokainy, i dlatego już można było przypuścić z góry, że eukaina będzie działać podobnie, jak kokaina.

Czysta eukaina rozpuszcza się bardzo trudno w wodzie, jak i kokaina, przedstawia się w postaci wielkich kryształów o szklistym połysku, topi się między 101°—103° i z kwasami tworzy sole, które takie same mają działanie, jak i zasada.

Chlorek eukainy, wykrystalizowany z wody, tworzy połyskujace płytki, a wykrystalizowany z wyskoku metylowego, ma postać graniastosłupów.

Autor do doświadczeń używał chlorku eukainy jednego i drugiego; pierwszy nazywa *„W.-eucainum"*, drugi *„M.-eucainum"*.

Działanie miejscowe: Rozczyn 2—5%, zakroplony do oka, znieczula po 1—3 minut najpierw rogówkę, potem spojówkę i to na czas 10—20 minut, czemu towarzyszy lekkie przekrwienie spojówki powiekowej. M.-eukaina bardziej drażni z powodu, że zawiera 2 drobiny wyskoku metylowego krystalicznego, i dlatego autor zaleca tylko W.-eukainę. Żrenica się nie rozszerza i oddziaływa na światło. Wstrzyknięta pod skórę lub rozpostarta pędzelkiem na błonie śluzowej, znieczula zupełnie tak samo, jak chlorek kokainy.

Działanie ogólne: Środek ten wywołuje najpierw ogólne podniecenie całego układu nerwowego, a potem porażenie, któremu zwierzęta zatrute wielkiemi dawkami ulegały. Podniecenie odnosi się przedewszystkiem do ośrodków psychomotorycznych, albowiem na pierwszy plan występują drgawki i kurcze tężcowe; a że to podniecenie odnosi się do samych ośrodków, tego dowodzi to, że, jeśli u żaby zatrutej wyłuszczony nerw kulszowy przecięto i koniec obwodowy drażniono prądem przerywanym, to noga oddziaływała normalnie. Jakość tętna nie zmienia się, ale zwolnienie jego wyraźne (20—30 uderzeń na minutę), obok podniesionego ciśnienia wśródnaczyniowego, co ustępuje po przecięciu nerwów błędnych; nowy to dowód, że sprawa ta polega na podrażnieniu samych ośrodków nerwu błędnego. Ośrodek oddechowy ulega wcześniej, niżeli ośrodek krążenia.

Środek ten zatem, w grubym zarysie, bardzo podobny do kokainy, tylko tem się różni, że mniej trujący (zwierzęta, które równocześnie dla kontroli dostawały takie same ilości kokainy, prędzej ginęły), i że wywołuje zwolnienie tętna, podczas gdy kokaina zawsze, zanim wywoła zwolnienie, powoduje przyspieszenie jego. Co do działania miejscowego, to eukaina nie rozszerza źrenicy, nie osłabia akomodacyi oka, jak kokaina, wywołuje jednak lekkie przekrwienie, podczas gdy kokaina działa wprost przeciwnie. Otóż w tych wypadkach, gdzieby obok znieczulenia rozchodziło się i o wywołanie lekkiego przekrwienia, tam eukaina ma wyższość nad kokaina.

W okulistycznej praktyce stanie zatem eukaina niezawodnie obok kokainy, tem bardziej, że jest mniej trująca, tańsza, a nawet po miesiącach się nie mąci, i nie rozkłada, i przez gotowanie nie zmienia się. *Stahr.*

D. L. Stembo: **O nagminnem zapaleniu jamy ust w Wilnie (w r. 1895 w lecie).** (*Petersburger med. Wochenschrift.* 1896. Nr. 23). W Maju i Czerwcu r. 1895 spostrzegano w Wilnie w praktyce prywatnej i szpitalnej, liczne przypadki zapalenia jamy ustnej (*stomatitis*). Uważano je początkowo za grypę (influenza) ze szczególnem umiejscowieniem się w jamie ust; twierdzenie to jednak okazało się mylnem. Znaną i powszechnie stwierdzoną jest rzeczą, że zaraza pyskowa zwierząt przenosić się może na ludzi i to przez mleko (Bollinger), masło (Fröhner), stykanie się ze zwierzętami zakażonemi (Levy), a wreszcie z ich mięsem (Mosler). Znaną jest również epidemia z r. 1893 (Boas). Z powodu iż choroba przebiegała lekko, mało chorych można było obserwować od początku do końca, nie liczne tedy tylko przypadki znane są autorowi w całym przebiegu.

Przebieg ten był przeważnie następujący: Chory uskarża się na ociężałość, niechęć do pracy, brak apetytu, nudności, a często i wymioty; dzieci są smutne i niespokojne. Skóra na twarzy przybiera wejrzenie szarawe, oczy podsiniałe, język silnie obłożony, Dalej występują silne dreszcze, ciepłota podnosi się do 39—40° C., przyłącza się ból głowy, odurzenie, bolesność w okolicy żołądka i wątroby, czasami nawet biegunka. Stan ten przypomina nieraz dur brzuszny. Po trzech dniach ciepłota opada i stan się poprawia, natomiast występują zmiany w jamie ustnej, polegające początkowo na rozpulchnieniu i zaczerwienieniu błony śluzowej ust, gardła i języka, do czego dołącza się wkrótce wysypanie pęcherzyków na błonie śluzowej wymienionych okolic, oprócz tego na wargach i na skrzydłach nosa. Czasami wysypka ogarnia całe ciało. Występuje ona w 5% wszystkich przypadków, częściej u kobiet i dzieci niż u mężczyzn. Trwa 20 godzin i przybiera rozmaite postacie, od plam, guziczków, pęcherzyków, aż do wybroczyn. Umiejscowia się również rozmaicie; najczęściej na przedramieniu i podudziu, rzedziej na tułowiu, czasami z pewnem upodobaniem na palcach rąk i nóg, napletku i wargach sromnych, a u karmiących na sutkach. Najczęstszą postacią są pęcherzyki z treścią mętną, znikające w parę dni bez śladu.

Najcharakterystyczniejsze dla tej choroby są zmiany w ustach, o których już wyżej była mowa, język bywa czasami czarno obłożony, cuchnienie z ust wsrętne.

Wyjątkowo zdarzają się ciężkie formy, którym towarzyszą głębokie owrzodzenia języka i dziąseł. Śledziona prawie nigdy nie obrzękła. Tętno takie jak w ogóle u gorączkujących. Mocz bywa wysycony, a może zawierać białko.

Rozpoznanie podczas epidemii łatwe, w wypadkach sporadycznych bardzo może być trudne, szczególnie w okresie gorączkowym. Gorączka nie zawsze po trzech dniach opada; może trwać i do 3 tygodni, a tem się cechuje, że ciepłota ranna bywa wyższa od wieczornej. Pomyłka dyagnostyczna łatwa z durem brzusznym, lub aftami Bednara, które nieraz przebiegają z podwyższeniem ciepłoty, a wreszcie z osutkami zakaźnemi. Co się tyczy etyologii tego cierpienia, to udało się Sieglowi wyhodować drobnoustrój, stojący na granicy między prątkami a kokkami, barwiący się dobrze fuchsyną z karbolem, a dający po przeszczepieniu na zwierzęta objawy wyżej opisanej zarazy. Innym badaczom (Schottelius, Behla, Kurth) nie udało się prątka tego wyhodować i przypuszczają oni, że rozchodzi się tu o jakiegoś pierwoszczaka.

Co do terapii, to ważną jest rzeczą leczenie zapobiegawcze, w czasie panowania zarazy u bydła. Prof. Pick zrobił ciekawe doświadczenie, że podawanie krowom jodku potasu, chroni je przed zarazą. Czy u ludzi podobnie środek ten działa, do dziś dnia dokładnie nie stwierdzono. W przypadkach rozwiniętych z powodzeniem stósowano: środki przeczyszczające, wywołujące obfite poty, i salicylan sodowy, w dość dużych dawkach (do 6 gr. p. die), a miejscowo ściągające płukania, oziębione lodem, w przypadkach zaś złośliwszych, tuszowanie owrzodzeń kamieniem piekielnym. Dyeta tak jak w stanach gorączkowych.

Dr. Jan Walkowski.

VI. KORESPONDENCYE.

Warszawa d. 22. Lipca 1894.

Szanowny Redaktorze! Opóźniłem się trochę z listem następnym, wybaczyć mi jednak musicie, gdyż upał lipcowy bynajmniej nie usposabia do pióra i atramentu. Odbija się on też i na życiu naszem mało w treść obfitem. Nieznaczna część kolegów warszawskich wyjechała z Warszawy, większość została, a przyczyną tego jest w części Wystawa, w części brak środków. Który z lekarzy warszawskich wysłał żonę i dzieci, sam pozostać musi, nie stać go bowiem na większe wydatki. Stąd nawet wzięci lekarze w r. b., który do najświetniejszych nie należał, pozostali w Warszawie. Wyszło to na dobre wystawie, która w chwili obecnej jest w pełni sądzenia okazów, mogła bowiem powołać na ekspertów najwybitniejsze siły. Regulamin sądzenia jest zupełnie odmienny od dotąd praktykowanych. Jak już Wam pisałem Wystawa podzielona jest na sekcye, których prezydya zarząd stanowią, wraz z niektóremi przybranemi osobistościami ze świata inżynieryi miejskiej. Dawniej zarząd wybierał sam jury, którego wyrok był względnie ostatecznym, dziś sprawę rozstrzygnięto inaczej, dopuszczono mianowicie do głosu pewnych wystawców. Połowę członków + I wybiera zarząd *respective* sekcya, w której dziale eksponat się znajduje, połowę — I wystawcy. Tak uorgnizowane jury wybiera prezesa i sekretarza, wybór zatwierdza zarząd.

Korzyść z takich komisyi mięszanych widoczna, gdyż wystawcy, przynajmniej większości grup, powołali na sędziów znanych wytwórców i przemysłowców, którzy przez swą kompetencyę znacznie ułatwili zadanie sędziów.

A przyznać należy, że wybory dały wynik zadawalniający, wogóle powołano ludzi znanych z sumienności i wysokiej uczciwości życiowej. To też spodziewać się należy sprawiedliwych ocen. W działalności sędziów przebija wysoka ostrożność, nie ograniczają się, jak na innych wystawach, do sądzenia li tylko okazów wystawowych, ale zwiedzają fabryki, majątki ziemskie (nabiał), miejscowości lecznicze i dopiero, po dokładnej ocenie wszystkiego, wyrok wydają. To też wobec tego sądzę, że nadanie prawa apelacyi wystawcom jest zbyteczne. Wybrawszy ze swego grona sędziów, mają już dostateczną rękojmię, iż interesy ich będą uwzględnione dostatecznie, a na każdej Wystawie niżej nagrodzeni, lub pozbawieni nagrody, będą niezadowoleni. Rodzajów nagród jest 5: dyplom uznania, medal złoty, medal srebrny, medal bronzowy i list pochwalny. Kilka grup sędziów wystąpiło o nagrody dodatkowe dla współpracowników i kierowników firm i, niewątpliwie zarząd przychyli się do słusznego ich życzenia, jest bowiem wiele firm, gdzie nie właściciele, a ich współpracownicy są specyalistami i całość prowadzą fabrykacyi.

W chwili obecnej osądzono już wiele grup (jest wszystkich 32); wynik jednak aż do posiedzenia Zarządu trzymany jest w tajemnicy. Nagrody w swoim czasie zakomunikuję Wam, dziś mogę zaznaczyć tylko, iż jest tendencya do odznaczania dyplomem uznania tylko instytucyj zasłużonych, oraz osób, które wynalazkami lub działalnością przysłużyły się przemysłowi ojczystemu. Istnieje też podobno zamiar obdarzenia wybitniejszych członków Wystawy za pożyteczną dla niej działalność żetonami złotymi i srebrnymi, oraz podziękowaniami, te ostatnie otrzymali już niektórzy malarze (Gerson, jako prezes komitetu dekoracyjnego, Jasieński za dioramę starej Warszawy), a otrzymają prawdopodobnie niektórzy wystawcy, nie stający do konkursu.

Po tem wyjaśnieniu organizacyi obecnej Wystawy przechodzę do dalszego jej opisu.

Zatrzymaliśmy się przy pawilonie głównym. Niedaleko wyjścia prof. Bogucki przedstawił „powietrze", a najlepiej z przedstawionych tu przedmioiów nadaje się na wystawę kolekcya respiratorów dla robotników fabrycznych, zmuszonych pracować w powietrzu z kurzem ciał szkodliwych. Obok p. inż. Lebiedziński pokazuje codziennie zdjęcia promieniami Röntgena, tu funkcyonuje też i kryptoskop. Idąc dalej w tym kierunku spotykamy się z wystawą kolei wiedeńskiej, nadwiślańskiej, dąbrowskiej, terespolskiej, pinczowskiej etc. Wystawiono tu modele urządzeń sanitarnych na kolejach, wzorowe nosze, skrzynki z opatrunkami etc., niestety, modele doskonałe, ale rzeczywistość inaczej się przedstawia. Obok wystaw kolei pp. Stetkiewicz i Kolendo urządzili wystawę oświetlenia elektrycznego i naftowego.

W podłużnej części pawilonu Drzy Nencki i Pruszyński dali obraz dzisiejszego stanu dezinfekcyi. Na zaznaczenie w ich dziale zasługuje maszynka do dezinfekcyi za pomocą rozpylonego formaldehidu, otrzymywanego przez utlenienie wyskoku metylowego w samej maszynce. Niezmiernie ciekawe zdjęcia fotograficzne tonów serca dał prof. inż. Hołowiński. Drgania płytki telefonicznej wywołują w doskonale urządzonym przyrządzie kręgi Newtona, fotografowane przez przyrząd powiększający. Rzecz to niemiernie ważna z naukowego punktu widzenia i omal, że i w praktyce kiedyś dać może pewne wyniki.

Wystawa tytoniu i jego okazów Dra H. Kucharzewskiego, olejów jadalnych p. Małyszczyckiego, wody pp. Lepperta, Nenckiego i Neugebauera, oziębianie inż. Michałkowskiego zasługują na uznanie. Chemię żywienia przedstawił Dr. Józef Zawadzki w tablicach na ruchomym słupie, rysunki histologiczne i anatomiczne do tego działu wykonał Dr. Kuczyński asystent przy katedrze fizyologii.

Bardzo dobrze przedstawia się dział pokarmów roślinnych, opracowany przez p. Jentysa, oraz dział mleka dra Bączkiewicza i p. Dłużewskiego. Farmaceuci w pawilonie środkowym dali obraz swej działalności, szczególniej dział konserwacyi okazów farmakognostycznych zasługuje na uwagę.

Ze zdrojowisk najokazalej wystąpił Nałęczów, choć i inne starały się dorównać mu w układzie i guście.

W części szpitalnej zwracają na siebie uwagę kółka do przewożenia łóżek, podstawiane w przedniej i w tylnej części łożek i przeobrażające łóżko na wózek. Doskonałe wyroby p. Gostyńskiego i Jarnuszkiewicza umożliwiają nabywanie wszelkich potrzebnych naczyń chirurgicznych, łóżek etc. w Warszawie i w niczem nie ustępują wyrobom zagranicznym. Ortopedyści z drem Skowrońskim na czele wykazali, iż dział ten rozwija się w Warszawie, a instrumenty chirurgiczne nie pozostawiają nic do życzenia.

Zwrócić również należy uwagę na wyroby chorych w Tworkach (zakład psychiatryczny), świadczące o dobrym kierunku zakładu. Dalszy ciąg innym razem; tu jeszcze zaznaczyć muszę, iż z powodu Wystawy wyszły następujące broszury treści lekarsko-higienicznej, nakładem E. Skiw-

skiego: M. Flauma: „O żywieniu“, Ołtaszewskiego: „Higiena mowy“, J. Zawadzkiego: „Ważniejsze zdrojowiska“ i tegoż: „O trawieniu“, Tchórznickiego: „Łaźnia ludowa“ — (nakład Werbeka) i t. d.

Dr. Ignotus.

Truskawiec 30. Lipca.

Szanowna Redakcyo!

Mam zaszczyt przesłać Szanownej Rędakcyi słów kilka o ulepszeniach, które poczyniliśmy w ostatnim roku w Truskawcu.

Odnoszą się one głównie do higieny i upiększenia zdrojowiska, a mianowicie:

Urządzono w łazienkach kąpiele elektryczne.

Zaprowadzono na próbę dwie wanny porcelanowe basenowe, — dawne bowiem marmurowe i metalowe okazują się niepraktyczne.

W domach zakładowych: „Łazienki nowe, Jadwinówka i Hotel“ urządzono dzwonki elektryczne.

W Łazienkach i Jadwinówce zmieniono system miejsc ustępowych, zastósowując z wielkim kosztem najnowszy bezwonny i automatycznie oczyszczający się.

Do Łazienek I. klasy przybudowano elegancką poczekalnię, zaopatrzoną w pisma i dzienniki.

W dworcu gościnnym podniesiono sufit sali jadalnej na $2^1/_2$ metry, rzucono przytem światło z góry za pomocą odpowiedniej wieży. Salę samą zaopatrzono w nowe pluszowe meble i lustra, — wogóle zamieniono ją w prześliczny przybytek.

Do domów zakładowych wszystkich, sprawiono nowe dywany i dywaniki, — znaczną zaś część mebli nową pokryto materyą.

Inhalacyę (Wassmutha) odświeżono.

Zbudowano nowy deptak według projektu architekty Halickiego ze Lwowa.

Do Hotelu, domu pod „Pogonią“ i dworca gościnnego dobudowano wspaniałe kryte werandy.

Zbudowano nową oranżeryę i przeniesiono ogród zakładowy poza dworzec gościnny, stwarzając w dawnem miejscu nową parcelę budowlaną.

Zbudowano nową drogę dobrze wyszutrowaną z zakładu do źródła „Marysi“, na pagórkach zaś drogę okalających, zasadzono kilkanaście tysięcy dużych drzew szpilkowych.

Zdrenowano i osuszono Park „Adamówka“.

Zbudowano brzegiem lasu 6 klm. ścieżek w jednym ciągu, od gościńca drohobyckiego, aż po źródło „Zofii“.

Sprawiono i ustawiono mnóstwo nowych ławek, nawet w dalszych miejscach; wystawiono w Zakładzie w rzędzie jednostajne, a bardzo ładne nowe płoty. Zakupiono mnóstwo kwiatów ozdobnych, a przedewszystkiem postarano się wszędzie o wyszukaną czystość i porządek.

Wszystkie te ulepszenia zaprowadzono w ostatnim roku, za rządów nowej spółki dzierżawców; poprzednio zaś już odznaczał się Truskawiec swemi dobremi urządzeniami tak, że obecnie nie ustępuje w niczem zdrojowiskom zagranicznym.

Dr. Pelczar.

VII. VIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

dnia 13, 14 i 15 Lipca b. r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

V. Prof. Obaliński: „Przedstawienie żołądka wyrezekowanego, wraz z przylegającą częścią poprzecznicy“.

Przypadek ten dotyczył kobiety, mającej w brzuchu dużych rozmiarów guz, który rozpoznawano jako raka sieci. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że był to nowotwór żołądka, zajmujący całą jego część odźwiernikową i przechodzący przez sieć na poprzecznicę, której część środkowa była ściśle złączona z odźwiernikiem, stanowiąc jeden guz w ogóle dość ruchomy. O. zrobił rezekcyą prawie połowy żołądka i zajętej części poprzecznicy, poczem zeszył pozostałą część żołądka z przeciętą dwunastnicą, zaś obadwa brzegi okrężnicy poprzecznej ze sobą. Operacya trwała dwie godziny. Chora zniosła zabieg dobrze i po miesiącu wyszła do domu, zyskawszy na wadze 2 kilogramy. Ponieważ podobnego przypadku nie znalazł O. nigdzie w literaturze, zapytuje, czy kto z kolegów nie spotkał czegoś podobnego.

Wehr zna opis przypadku raka żołądka i poprzecznicy, które rezekowano, podobnie jak prof. Obaliński. Sam przed laty wyciął prawie cały żołądek z kawałem wątroby, lecz wynik był śmiertelny, skutkiem złego zachowania się chorego po operacyi.

Kader podaje, iż w klinice wrocławskiej dość często wykonują się rozległe rezekcye żołądka. W ogóle wyniki po operacyach żołądkowych są tam bardzo dobre: odsetek śmiertelności 26%, w ostatnich czasach obniżył się do 18%. Część pacyentów operowanych, z powodu raka odźwiernika, żyje po 3, 4 i 5 lat bez śladu nawrotu. Te tak pomyślne wyniki przypisuje K. dwom okolicznościom: Po pierwsze — nadzwyczaj dokładnemu wycinaniu części chorobowo zmienionych, gdyż profesor Mikulicz, oprócz samego nowotworu w ścianie żołądka, wycina gruczoły chłonne, leżące wzdłuż obu krzywizn żołądka, nadto koło dwunastnicy aż do trzustki. Drugą okoliczność stanowią szczegóły samego postępowania operacyjnego. Mianowicie, w bardzo tylko niewielu przypadkach zamyka się jamę brzuszną zupełnie; zwykle po rezekcyach tamponuje się jamę otrzewnową, wprowadzając worki Mikuliczowskie w okolicy miejsca operowanego w kilku kierunkach jamy brzusznej, dochodząc jaknajgłębiej pod wątrobę, do nerek i t. d. W ten sposób najskuteczniej zapobiega się możliwemu zakażeniu otrzewny, nawet w razie pęknięcia szwu żołądka, lub jelit. Tampon taki pozostaje tydzień i dłużej, a ostatnie jego części wyjmuje się dopiero po 15—16 dniach. Głównem niebezpieczeństwem dla chorych po operacyach żołądkowo-jelitowych jest zapad. Dla zapobieżenia temu dajemy przed operacyą chorym środki podniecające czynność serca (*strophantus*, *digitalis*), podczas zaś samej operacyi urządzamy sztuczne karmienie w ten sposób, że wlewamy do jelita cienkiego dość znaczną ilość (do 2 litrów) płynu odżywczego (buljon z peptonem i solą). Znaczną część operacyi, szczególnie u chorych osłabionych, głównie zaś gastroenterostomię, robimy bez narkozy, tylko w znieczuleniu powłok brzusznych sposobem Schleicha.

Rydygier podnosi rzeczywiście nader pomyślne wyniki operacyj żołądkowych w klinice wrocławskiej. Ważniejsze tu jednakże, niż samo postępowanie operacyjne, jest to, kiedy się operuje. Ogólnie stroną ujemną naszych przypadków jest to, iż najczęściej przybywają one do operacyi zapóźno, kiedy już stan ogólny i siły chorego wiele pozostawiają do życzenia. Co się tyczy tamponady jamy brzusznej, to nie jest R. jej zwolennikiem, jako przedłużającej okres gojenia i sprzecznej z dążeniem chirurgicznem gojenia *per primam;* tam jednakże gdzie zachodzi obawa zakażenia otrzewny, postępowanie to jest racyonalne i pożyteczne. Jedna z chorych, u której z powodu wrzodu żołądka wykonał R. wycięcie odźwiernika, ma się dotychczas, po 15 latach, zupełnie dobrze. Co się tyczy przypadku prof. Obalińskiego,

to przed 4 laty robił R. w klinice u chorej jednoczesną rezekcyę żołądka i części poprzecznicy, także z powodu raka.

VI. Dr. Bogdanik: „Postępowanie w przepuklinach zgorzelinowych“.

Omówiwszy trudności postępowania w przepuklinach, gdzie w skutek uwięźnięcia nastąpiła zgorzel pętli jelita, i wynikające stąd niebezpieczeństwo dla chorego, opisuje B. sposób, którego użył z dobrym wynikiem w jednym przypadku przepukliny udowej i który odtąd często stósuje. Przeciąwszy skórę i części miękkie, dochodzi B. do worka przepuklinowego, wycina wszystko, co uległo zgorzeli i wtedy, naciąwszy bramę przepuklinową, wyciąga na zewnątrz pętlę jelita tak długo, dopóki nie dojdzie do części zdrowych. Wówczas rezekuje całą pętlę zmienioną, zeszywa ze sobą pozostałe jej części zdrowe i zapuszcza do jamy otrzewny, poczem raz jeszcze dokładnie oczyściwszy od części nekrotycznych okolicę bramy przepuklinowej, powłoki i skórę zeszywa.

Kader przytacza postępowanie w takich przypadkach Samtera (z Królewca), który, zrobiwszy laparotomię, wykonywa enteroanastomozę powyżej uwięźnięcia w częściach jelita zdrowych, a dopiero później rezekuje znekrotyzowaną pętlę. W jednym przypadku K. użył tego sposobu, lecz wkrótce potem nastąpiło wtórne wgłobienie (*invaginatio*) i niedrożność. Dlatego też potem zmienił postępowanie i po zrobieniu enteroanastomozy, odciął chorą pętlę, zeszył na ślepo powstałe stąd 4 końce przecięte i 2 górne, wraz z połączoną pętlą odprowadził do jamy brzusznej; pętlę zaś odciętą zostawił na zewnątrz i rozciął ją szeroko, aby ułatwić odpływ kału i ropy, następczo zaś wyciął ją zupełnie.

Drobnik zwraca uwagę na trudność, jaką przedstawia częstokroć ocenienie stanu jelita doprowadzającego, i łatwość w tym względzie pomyłki. W jednym przypadku operował D. według sposobu Samtera, zrobił enteroanastomozę, lecz w kilka dni później wytworzyła się przetoka w jelicie doprowadzającem, co pociągnęło za sobą zapalenie otrzewny i śmierć. Dlatego też teraz, po zrobieniu enteroanastomozy, D. robi tamponadę jamy otrzewnowej, wprowadzając pasma gazy jodoformowej wzdłuż jelita doprowadzającego tak daleko, jak tylko można dojść. Jest to postępowanie daleko pewniejsze i w jednym przypadku, gdzie jelito pękło, kał zaczął się wydobywać z gazą na zewnątrz, a jednak nie przyszło do zapalenia otrzewny i chory wyzdrowiał. Pętlę zaś nekrotyczną najlepiej przymocować na zewnątrz. Przytem przeważną część tych operacyj robi D. bez chloroformu, znieczulając tylko powłoki zewnętrzne według Schleicha.

Wehr uważa tamponowanie za bardzo racyonalne w tych przypadkach; sprzeciwia się jednak postępowaniu Bogdanika co do takiego wyciągania jelit przez wązki otwór na zewnątrz, gdyż ściany ich bywają często tak kruche, że z łatwością spowodować można ich przerwanie i natychmiastowe wylanie treści kałowej do jamy brzusznej.

Bar ącz poleca wykonanie pierwotnej rezekcyi jelita i zeszycie według Senna, poczem można przystąpić do usunięcia części chorych.

VII. Dr. Doliński: „Demonstracya nowszych przyrządów“.

D. przedstawił kilka nowszych przyrządów, używanych w klinice chirurgicznej krakowskiej, a mianowicie: *a*) Przyrząd do wykonywania ruchów biernych w stawach, zbudowany tak, że można jednocześnie robić ruchy w różnych stawach (barkowym, łokciowym, kolanowym, skokowym etc.) u kilku pacyentów, przytem w dowolnym zakresie; *b*) przyrząd do zakładania opatrunków ustalających na kończyny dolne, składający się z poziomej sztaby żelaznej, opartej jednym końcem na stole, na którym leży chory, drugim na podpórce pionowej, mającej jeszcze węższą sztabkę żelazną poziomą, ustawioną poprzecznie do głównej sztaby poziomej. Ta druga sztabka służy do przymocowania stóp, którym nadaje się przez przesuwanie odpowiednią pozycyę, a wraz z niemi i całej kończynie (*abductio*, *extensio*, *rotatio* ect.); *c*) przyrząd do wyjaławiania cewników miękkich i elastycznych w parze formaldehidu, złożony z 6 długich cylindrów szklanych na podstawie.

VIII. Dr. Rutkowski: „Uwagi nad przypadkami ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanymi w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego“.

Omówiwszy obszernie nowsze poglądy autorów na przyrodę zapaleń wyrostka robaczkowego i ich leczenie, przedstawił R. wyniki swych spostrzeżeń nad 31 przypadkami tego cierpienia z oddziału prof. Obalińskiego. Przypadki te, ugrupowane według klasyfikacyi Sonnenburga, przedstawiają się jak następuje: *a*) jeden przypadek *appendicitis obliterans* Senna, *b*) 17 przypadków *appendicitis perforativa purulenta* z ograniczonym ropniem, *c*) 3 przypadki *appendicitis perforativa purulenta subsequente peritonitide progrendienti*, *d*) 6 przypadków *appendicitis perforativa purulenta subsequente peritonitide septica universali*, i *e*) 4 przypadki, w których w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego, powstały zrosty, powodujące zwężenie i niedrożność jelit. Leczenie zapaleń wyrostka w ogromnej większości przypadków może być operacyjne i tylko przypadki *apendicitis simplex* mogą stanowić pewne wątpliwości terapeutyczne. Jako wskazanie do operacyi uważa R: *a*) w przypadkach *appendicitis simplex* częste nawroty o wzmagającem się natężeniu, a w takim razie należy operacyą robić w okresie wolnym od napadu; *b*) w przypadkach *appendicitis perforativa purulenta*, operować należy zawsze i to jaknajprędzej. Za jedną z najważniejszych części operacyi uważa R. odszukanie i wycięcie wyrostka robaczkowego.

Rydygier, co do podziału różnych postaci tego cierpienia, przychyla się do klasyfikacyi Dieulafoy, opartej na etyologii *appendicitis*; mianowicie odróżnia on zapalenia natury kataralnej albo ropnej, z przedziurawieniem i *peritonitis*, i drugą postać, zapalenia, których przyczyna główna leży w tem, że wskutek zamknięcia wyrostka robaczkowego, znajdujące się w nim bakterye nabierają własności nadzwyczaj jadowitych (Klecki) tak, że nawet bez przedziurawienia ściany wywołują *peritonitis.* Leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego, zdaniem Dieulafoy, który jest profesorem kliniki wewnętrznej, winno być wyłącznie chirurgiczne i, jeżeli zdarzają się niewątpliwie przypadki wyleczenia bez operacyi, to o wiele częściej przyczyną śmierci jest właśnie nieoperowanie, lub operowanie zapóźno.

Ziembicki pomimo, że operował wielokrotnie w *appendicitis* i częstokroć z dobrym wynikiem, jest zdania, że jest to cierpienie tak nieuchwytne co do rokowania i tak wiele przedstawiające niespodzianek w przebiegu, jak żadne może inne. Bardzo ciekawą tego ilustracyę stanowi przypadek,

który niedawno miał Z. w swej obserwacyi. Wezwany do młodego chłopca, u którego znalazł wszystkie objawy, przemawiające za ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, zaproponował Z. zgodnie z 2 kolegami operacyę. Ponieważ jednak czwarty z lekarzy obecnych na konsylium, oświadczył się przeciw operowaniu, rodzina naturalnie przychyliła się do jego zdania. Po upływie doby, stan chorego znacznie się pogorszył, wystąpiło znaczne wzdęcie brzucha, dreszcze i ogólny zapad; rodzina wzywa Z. do natychmiastowej operacyi, której jednakże w obec bardzo złego ogólnego stanu chorego podjąć się nie chciał, uważając przypadek za straceny. Tymczasem już w kilka godzin później stan chorego zaczyna się poprawiać i w kilka dni przychodzi on do siebie. Tego rodzaju przykładów możnaby i więcej przytoczyć; wskazują one przedewszystkiem, że istnieje wielka różnica w przebiegu *appendicitis* u dorosłych i u dzieci. Co się tyczy samego operowania, to najlepiej iść tu za zdaniem Königa, który robi cięcie pozaotrzewnowe i oczyszcza ropną jamę, lecz nie stara się wyszukać koniecznie wyrostka robaczkowego, gdzie to bywa często bardzo trudne, i przedłuża niepotrzebnie operacyę.

Bossowski podkreśla konieczność ścisłego indywidualizowania przypadków i przytacza przykłady przypadków, w których następowało wyleczenie i po leczeniu wewnętrznem, te jednak przypadki później, z powodu nawrotów i to w formie zwykle groźniejszej, przychodziły jednak pod nóż chirurgów. Ogólnego jakiegoś prawidła z góry postawić tu nie można i zawsze istnieć będą trudności, które pracami Dieulafoy, ani Kleckiego, bynajmniej wyjaśnione nie zostały. To tylko nie ulega wątpliwości, że skoro tylko rozpoznamy istnienie sprawy ropnej, operacya jest konieczną i to jak najrychlej. Ponieważ natężenie przypadków chorobowych, jak przypuszczamy obecnie, zależne jest od siły jadowitości bakteryj jelitowych (*bacterium coli*), to może właściwem by było w takich przypadkach ciężkich lub wątpliwych badanie zwiększania czy zmniejszania się tej siły chorobotwórczej.

Kryński przytacza przypadek z kliniki chirurgicznej krakowskiej, dowodzący, że nawet po szczęśliwym wyniku leczenia zachowawczego, częstokroć pozostają następstwa, które, oprócz nawrotów choroby, zmuszają chorego do poddania się operacyi. Mianowicie u chorej, kobiety młodej, po kilkakrotnem przebyciu zapalenia wyrostka robaczkowego, utworzyła się przetoka kałowa, która zmusiła ją do operacyi. Prof. Rydygier wykonał amputacyę wyrostka, w którego wierzchołku był otwór, i chora została wyleczona zupełnie.

Surzycki. Możnaby przytoczyć dość przykładów za równo przemawiających na jednę stronę, jak i na drugą. S. widział przypadki, w których pomimo 2-krotnej i udanej operacyi, chory umarł; z drugiej zaś strony, w innych, leczonych zachowawczo, gdzie już były objawy ropnicy, chory wyzdrowiał.

Klecki jest zdania, że badanie w takich przypadkach siły jadowitości *bacterium coli* jest niemożliwe, ponieważ trzebaby przedewszystkiem ustalić pewną normę, z którą możnaby porównywać, ta zaś waha się w znacznych granicach, zależnie od wielu warunków.

Drobnik jakkolwiek jest zwolennikiem operowania, szczególnie w przypadkach ropnych, to i pomiędzy tymi bywają takie, w których woli nie operować. Dotyczy to przedewszystkiem dzieci, szczególnie gdy nie jesteśmy pewni, gdzie się ta ropa znajduje. W takich razach operowanie i wyszukiwanie tej ropy grozi wywołaniem ogólnego zakażenia otrzewny. Lepiej więc tu poczekać, dopóki nie będzie można wyczuć guza, i wtedy operować na pewne.

Rutkowski raz jeszcze zaznacza potrzebę odszukania i wycięcia wyrostka robaczkowego, gdyż w ten tylko sposób chronimy chorego od nawrotów, w których operacya i znalezienie tego wyrostka, wskutek zrostów, jest jeszcze trudniejsza. Tem bardziej jest to potrzebne, że tylko tą drogą umożliwia się dokładny odpływ ropy. Czekanie, aż utworzy się guz ropny, jest niebezpieczne, ponieważ często wcześniej już wystąpi ropne ogólne zapalenie otrzewny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska w Krakowie otrzymała d. 1. b. m. pismo następujące:

L. 64623. C. k. Namiestnictwo we Lwowie.

Za zezwoleniem Wysokiego c. k. Ministerstwa wyznań i oświaty odbędą się na Wszechnicy wiedeńskiej podczas letnich feryj 1896. dwa t. zw. kursa feryalne dla lekarzy; — każdy kurs trwa 4 tygodnie, z których pierwszy rozpocznie się 3. Sierpnia, a drugi 1. Września. Program tych kursów wydany został przez wiedeński dekanat lekarski, który udziela bliższych wskazówek o tych kursach.

Zawiadamiając o tem Szanowną Izbę lekarską, w skutek reskryptu Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 15. Lipca 1896. L. 23370., celem zwrócenia uwagi lekarzy praktykujących na te kursa, c. k. Namiestnictwo nadmienia, że przegląd wykładów i docentów, którzy je odbywać będą, zostały zamieszczone w 30. numerze tygodnika *Das Österreich. Sanitätswesen* z 23. Lipca b. r.

Lwów dnia 29. Lipca 1896.

Za c. k. Namiestnika

Lidl.

C. k Namiestnictwo we Lwowie przysłało Redakcyi *Przeglądu lekarskiego* jednobrzmiące z powyższem uwiadomienie o kursach feryalnych w Wiedniu, które jednak nie umieszczamy ze względu na tożsamość treści.

* *La Presse médicale* z 27. Czerwca b. r. donosi: Przed 3 laty francuska Izba deputowanych zapytała paryskie Towarzystwo położnicze, czy rozpoczęcie pracy zawodowej przed upływem 4 tygodni od połogu, może zagrażać zdrowiu położnicy? Zapytane Towarzystwo dało odpowiedź twierdzącą. Pomimo tego, z powodu braku funduszu na zapomogi dla tych kobiet, które bez ręcznego zarobku nie mają z czego żyć, żadna ustawa, zarządzająca prawną opiekę nad położnicami, pracującemi w fabrykach, nie została wydaną. W ostatnich czasach podniosło ten sam temat Towarzystwo medycyny ogólnej i higieny zawodowej w Paryżu i, większością głosów, powzięło 2 następujące uchwały: 1) władza państwowa powinna znaleść środki pieniężne dla wspomożenia ubogich kobiet, w 4-tygodniowym okresie połogowym; 2) w każdej gminie należy założyć kasę wsparcia dla ubogich położnic, których losem zająć się powinny: gmina i państwo.

* Na niedawno zakończonym w Lucernie zjeździe szwajcarskich położnych miał Dr. Winiger wykład: *O karmieniu piersią*, który zakończył gorącem zaleceniem, ażeby położne przekonywały wszystkie zdrowe matki o potrzebie karmienia dziecka własną piersią. Na poparcie swego twierdzenia podał W. liczną statystykę. W kantonie St. Gallen matki same

karmią swe dzieci, a śmiertelność noworodków nie przekracza 10—12%; w obwodzie sąsiednim, gdzie tego zbawiennego zwyczaju nie trzymają się, — umiera dzieci nowonarodzonych 25—28%. W Bawaryi używają kaszki do karmienia dzieci, których śmiertelność wynosi 39%. Podług Boeckha w Berlinie umiera osesków karmionych piersią 2·6%; piersią i mlekiem 10·5%; mlekiem i surogatami 25·4%. *(Schweizerische Hebammen Zeitung*, Czerwiec).

* **Sprawozdanie biura statystycznego miasta Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXX.** (od 19. do 20. Lipca). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 80.310. Zawarto małżeństw 10 (6·47); urodzin było 64 (41·44); skonów 49 (31·72). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 39 : 13, u żydów 8 : 8.

W tym XXX. tygodniu zmarło na gruźlicę osób 8, na zapalenie płuc 5, na cholerę dziecięcą 10, na krztusiec 2, na płonicę i odrę po 1 osobie.

IX. Wiadomości bieżące

Kraków dnia 6. Sierpnia 1896.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę kolegium profesorów Uniwersytetu Jagiell. co do dopuszczenia Dra Aleksandra Baurowicza, jako prywatnego docenta laryngologii, tudzież Dra Władysława Reissa, jako prywatnego docenta dermatologii na Wydziale lekarskim w Krakowie.

* Zarząd Izby wschodnio - galicyjskiej ukonstytuował się dnia 30. Lipca. Wybrani zostali: prezydentem Dr. Festenburg Edward, wiceprezydentem Dr. Bylicki Władysław; członkami biura, Drowie: Mukowicz Edward, Pisek Wilhelm i Schramm Hilary.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim otrzymał Stefan Dobrzański.

* Zostali mianowani w Warszawie: Dr. Sawicki Bronisław ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus; Dr. Krauze Ludwik ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu starozakonnych; Dr. Rychliński Karol ordynatorem w szpitalu dla obłąkanych św. Jana Bożego; Dr. Lewin miejscowym lekarzem w szpitalu starozakonnych.

* „Pomoc koleżeńska“ Stowarzyszenie mające na celu wspieranie wdów i sierót po lekarzach polakach w cesarstwie niemieckiem, założone w bieżącym roku w Poznaniu, jak donoszą *Nowiny lekarskie*, rozwija się pomyślnie. A chociaż ilość członków, do tej pory wpisanych, jest znaczna, nie odpowiada ona liczbie lekarzy Polaków (240) w Niemczech. W tej chwili fundusz żelazny stanowi 1800 marek, roczne składki wyniosły 300 marek.

* Według świeżo opracowanego regulaminu w cesarstwie niemieckiem rząd będzie użyczać lekarzom aprobaty dyplomu dopiero po odbyciu rocznej praktyki w szpitalu. Aprobaty udziela komisya z 3-ch złożona, do której koniecznie ma należeć jeden z profesorów klinicznych. Jeśli *colloquium* nie wypadnie korzystnie dla kandydata, aprobata będzie odroczoną.

* Komitet wykonawczy II giej międzynarodowej farmaceutycznej Wystawy w Pradze przysyła nam następującą odezwę:

„Po całomiesięcznych starannych przygotowaniach dokonano znakomitego międzynarodowego dzieła: w dniu 10. Sierpnia, o godzinie 10-tej przed południem, otwartą zostanie II-ga międzynarodowa wystawa farmaceutyczna w Pradze, zostająca pod protektoratem Jego c. k. Wysokości Najjaśniejszego Arcyksięcia Rainera. Akt ten ma doniosłe znaczenie nie tylko dla członków stanu aptekarskiego: z radością stwierdzić musimy, że i stan lekarski w wysokim stopniu interesuje się wystawą, a zwłaszcza VIII. jej grupą, to jest higieną; nawet wielu wybitnych lekarzy przyczyniło się, by ta grupa była obfitą i pouczającą.

„Zaprasza się przeto serdecznie wszystkich lekarzy i aptekarzy na uroczyste otwarcie Wystawy i następnie w dalszym ciągu na liczne jej zwiedzanie“.

* *La Semaine médicale* donosi, że w Anglii poruszoną została sprawa peryodycznych międzynarodowych Zjazdów chirurgicznych, mających się odbywać kolejno w Anglii, Francyi, Germanii i Ameryce. Językami urzędownie uznanymi tych Zjazdów miałyby być: angielski, francuski i niemiecki. Zaprojektowano pierwszy taki Zjazd odbyć w Londynie, w roku 1900.

* Rada miasta Paryża powołała komisyę z lekarzy szpitalnych, mającą za zadanie wskazać środki i sposoby zapobieżenia zarażaniu się chorych gruźlicą, podczas przebywania na wspólnych salach w szpitalach. Komisya oświadczyła się za zupełnem odosobnieniem suchotników. Dyrekcya dobroczynności powszechnej wyasygnowała 2000000 fr. na wybudowanie szpitala, przeznaczonego wyłącznie dla gruźliczych na 400 łóżek. (*Le bulletin medical*).

* Z badań doświadczalnych Lenarda wynika, że stosunek zdolności pochłaniania promieni katodowych, do gęstości ciała pochłaniającego, jest w przybliżeniu dla wszystkich ciał równy jednej i tej samej ilości stałej (dla jednego i tego samego rodzaju promieni katodowych), i to niezależnie ani od stanu skupienia, ani też od składu chemicznego tych ciał. Pochłanianie promieni katodowych jest więc podobnie jak bezwładność lub ciężar, objawem masy materyi; istota chemiczna i wewnętrzna budowa materyi nie odgrywa tu roli żadnej.

— **Nekrologia.** We Lwowie zmarł nagle lekarz sztabowy Dr. **Karol Smutny.**

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 31. Dra Białokura: O stosunku niedokrewności złośliwej do zaniku błony śluzowej żołądka. Dra Fil. Hołowińskiego: O fotografowaniu dwóch tonów serca, współcześnie z innemi falami fizyologicznemi. Dra Janowskiego: O Flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego. — W *Medycynie* Nrze 31. Dra Ehrlicha: Kilka uwag o postępowaniu przy ciąży pozamacicznej jajowodowej. Dra Pisarzewskiego: Przypadek rany postrzałowej serca, zakończony po 7 godzinach śmiercią. — W *Kronice lekarskiej*, zeszyt 14. Dra Garlińskiego: Przypadek zapalenia dyfterytycznego łącznicy, wyleczony surowicą przeciwbłoniczą.

Nowości bibliograficzne:

— W Berlinie wyszło 5-te wydanie Adolfa Baginskyego: *Lehrbuch der Kinderkrankheiten.*

— Drowie Hamon du Fougeray i Couetoux wydali: *Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux (sourds muets, aveugles, idiots, bègues* etc.). Jest to dzieło wielce pożyteczne, zawiera umiejętną ocenę metod specyalnych kształcenia głuchoniemych, ślepych, matołków, jąkadeł i t. d. Następnie autorowie podają statystykę, oświetlającą z nowego punktu wiele faktów lekarskich; wreszcie wymieniają zakłady dla tego rodzaju chorych i przepisy prawne, regulujące działalność tych zakładów.

— J. Lucas Championnière. La Bicyclette. Paris 1896. Léon Chailley. Cena 1.50 fr.

— G. B. Schmidt (Doc.): Beiträge zur Gallenblasenchirurgie. Jena 1896. G. Fischer. Cena 1.20 marki.

Korespondencya Redakcyi. *Dr. Z.* 1) Świadectwo sądowo-lekarskie, wystawione bez obecności sędziego, jest prawomocnem i równoważnem ze świadectwem, sporządzonem wobec sędziego. Atoli wiadomo jest, że pod tym względem nie ma jednolitości postępowania i że, n. p. w Galicyi wschodniej, na podstawie uświęconego zwyczaju, zastrzeżonem jest, ażeby świadectwa sądowo - lekarskie spisywane były w obecności sędziego; tego jednak żadna ustawa nie wymaga — i takie zastrzeżenie w zachodniej Galicyi nie jest znane i praktykowane. 2) Lekarz sądowy ma prawo spisania świadectwa sądowo-lekarskiego, tak w mieszkaniu własnem, jak i klienta. Wszystkie świadectwa w sprawach karnych są wolne od stempla. 3) Nie istnieje osobne rozporządzenie, na mocy którego lekarz sądowy miałby prawo zgłaszającemu się do niego napisać t. zw. doniesienie karne. Natomiast §. 359 ustawy wymaga od lekarza bezwłocznego doniesienia o każdym przypadku zbrodni. Kwalifikacya spraw karnych, zaliczenie do tej lub innej kategoryi, należy niepodzielnie do kompetencyi sędziego.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza